

## 足利市不妊治療（生殖補助医療等）受診等証明書

受診者		夫	妻
	名前		
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
	今回の治療開始時年齢	歳	(※1) 歳
	住所	足利市	

今回の治療方法	(該当する治療に○) ①体外受精 ②顕微授精 ③男性不妊治療 ④先進医療		
	男性不妊治療手術療法の内容 〔 〕	精子回収の有無 有・無	
	先進医療技術名 〔 〕		
今回の治療期間	年 月 日から 年 月 日まで		
妊娠の有無	有・無	院外処方	有・無
治療費	保険診療	自己負担額	円
	保険診療外 (男性不妊治療含む)	自己負担額	円
	先進医療	自己負担額	円
上記のとおり治療し、これに係る医療費を領収したことを証明します。			
年 月 日			
【医療機関】			
所在地			
名称			
主治医氏名			